

# Zur Kontroverse: endoluminale versus konventionelle Varizenchirurgie

## Eine Schweizer Optik

Thomas Hofer

Praxis für Haut-, Geschlechts- und Venenkrankheiten, Wettingen

In den verflossenen 20 Jahren hat sich in der Varizenchirurgie einiges verändert. Hilfsmittel wie der PIN-Stripper nach Oesch, Phlebektomiehäkchen nach Ramelet und anderen, aber auch die Rollmanschette nach Löfqvist fanden innert kurzer Zeit Eingang in den Alltag der Varizenchirurgie. Diese einfachen, billigen und unspektakulären Entwicklungen überzeugten und trugen somit bei, die Varizenchirurgie schonender, gezielter und ästhetisch befriedigender durchzuführen. In den neunziger Jahren dominierten Vorträge und Publikationen zum Thema endoskopischer Perforantesdissektion einschlägige Fortbildungsveranstaltungen und Fachzeitschriften. Die anfängliche Euphorie hat zwischenzeitlich einer gezielten Indikationsstellung Platz gemacht [1].

Im Moment dominiert das Thema der endoluminalen Verfahren zur Verödung von Stammvarizen, wie Radiofrequenz und Laser, welches Anlass gibt für Fortbildungsveranstaltungen [2] oder Artikel in dieser Zeitschrift [3]. Reklamen von Institutionen, welche die entsprechenden Interventionen anbieten, erscheinen praktisch wöchentlich in den Printmedien [4]. Und die Frage steht im Raum, ob diese Techniken durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgegolten werden sollen. Die Hartnäckigkeit, mit welcher sich die Diskussion um diese endoluminalen Verfahren hält, hat mehrere Gründe (die Aufzählung ist nicht abschliessend):

1. die Interessen der Industrie;
2. das Eindringen der interventionell tätigen Angiologen ins Gebiet der Phlebologie/Varizenchirurgie;
3. tarifarische Überlegungen.

### Ad 1

Die Hersteller von Duplexgeräten, Radiofrequenz- und Lasergeneratoren mit den dazugehörigen Sonden sind an einer breiten Anwendung der von ihnen hergestellten Technik in den Ländern, welche über die entsprechenden finanziellen Ressourcen verfügen, interessiert. Es wiederholt sich hier auf technischer Ebene, was z.B. andernorts mit der HPV-Vakzination junger Mädchen – ausgerechnet in den Ländern mit den niedrigsten Raten an Gebärmutterhalskrankheiten – geschieht: Neue Therapien werden dort propagiert, wo ein finanzkräftiger Markt ist. Einer kritischen Einstellung den endoluminalen Verfahren gegenüber wird kaum mehr Raum gegeben und der ärztlichen Leserschaft in der Schweiz bereits der Tod des konventionellen Varizenstrippings prophezeit [3].

### Ad 2


Bis zu Beginn der 1990er Jahre war die Diagnostik und Therapie der Varizen das Wirkungsfeld der Phlebo-

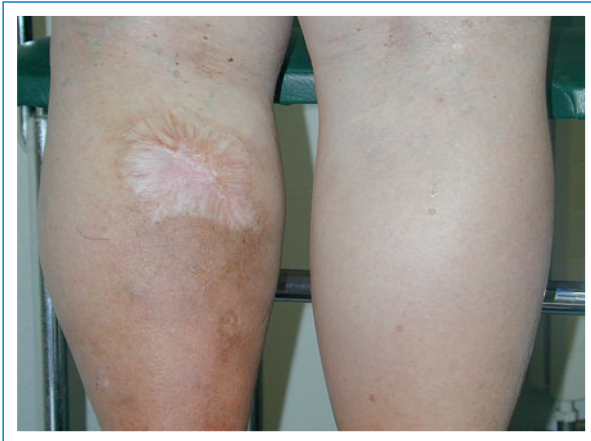
logen und Chirurgen. Ob Sklerotherapie oder Chirurgie besser sei, das waren die ewigen «Streitpunkte» der Beteiligten. 1990 wurde die Angiologie als Subspezialität der Inneren Medizin anerkannt und im Jahre 2000 selbständige Fachgesellschaft. In diese Zeitspanne fällt der Beginn der Einflussnahme der Angiologie im Bereich der Phlebologie. Letztere bekam dadurch endlich den dringend erwarteten, theoretisch-wissenschaftlichen *Brush-up*. Gleichzeitig brachte ein Teil der Angiologen aber auch kathetertechnische Kenntnisse und Fähigkeiten mit, die nun, dank der endoluminalen Verfahren in der Varizenbehandlung, auf venöser Ebene ihr Wirkungsfeld finden.

### Ad 3

Mit Einführung des TARMED wird die bis zu diesem Zeitpunkt eigentlich kaum ambulant durchgeführte Varizenchirurgie finanziell nicht attraktiver. Zudem wird die früher vorhandene ärztlich-chirurgische Assistenz gar nicht mehr vergütet.

Es beginnt im TARMED die Suche nach einer *One man solution*. Und hier bieten sich die endoluminalen Verfahren an: Neben dem *Stripping* (Voraussetzung: qualitative Dignität Chirurgie) bzw. «Perforantes endoskopisch» (Voraussetzung: *keine* qualitative Dignität!) [5] – und sind die Magna- und Parvacrossen nicht auch Perforanten? – können nun die Duplexuntersuchung und die Tumeszenzanästhesie verrechnet und gleichzeitig kann der chirurgisch heiklen Cross-ektomie ausgewichen werden. Weiter ermöglicht der Einsatz der Radiofrequenz- und Lasergeneratoren mit den dazugehörigen Sonden das Einfordern eines nicht näher bekannten Zusatzhonorars beim Kunden. Der ambulant angebotene Eingriff wird lukrativ und macht es zudem einfacher, dem Patienten zu begründen, dass er bei grösseren Varikositäten, evtl. gar an beiden Beinen vorliegend, sich mehrfach ambulant operieren lassen muss. So kann aus einer unter stationären Bedingungen üblicherweise in einer Sitzung durchgeführten grossen Varizenoperation ein auf mehrere ambulante Sitzungen fraktionierter Eingriff entstehen.

Die endoluminalen Verfahren beanspruchen für sich die Vorteile von geringeren Beschwerden und kürzerer Arbeitsunfähigkeit (AU). Komplikationen (Abb. 1 ) finden kaum mehr Erwähnung [3]. Dabei ist eigentlich nie von den Beschwerden die Rede, welche im Zusammenhang mit der Entfernung der Seitenastkonvolute auftreten. Jeder Varizenchirurg weiss aber, dass sich die postoperative Heilung/Genesung von proximal nach distal verzögert abwickelt. Es sind nur in seltenen



**Abbildung 1**  
Linke Wade einer 59-jährigen Frau zwei Jahre nach erfolgloser (!) endoluminaler Lasertherapie der Vena saphena parva mit schwerer postinterventioneller Verbrennung und konsekutiver Narbenbildung.

Fällen Leistenzugang und Oberschenkel, welche Beschwerden bereiten, sondern in erster Linie die sog. Minorkomplikationen, bedingt durch Interventionen/Phlebektomien an Seitenästen am Unterschenkel. Diese sind für längerdauernde Schmerzen, Läsionen sensibler Nervenäste, das Auftreten von Lymphzysten/-fisteln, Wundheilungsstörungen im Anschluss an die Versorgung von insuffizienten Perforantes in lipodermatosklerotisch veränderten Arealen, Hämatome usw. verantwortlich [6]. Diese Komplikationen sind aber unabhängig vom gewählten Verfahren des (konventionellen oder endoluminalen) Ausschaltens der proximal davon gelegenen Stammvarize. Weniger Komplikationen und postoperative Schmerzen sowie dadurch bedingte kürzere AU sind somit nur zu erreichen, wenn für die einer endovasalen Intervention zugeführten Patienten eine positive Vorselektion mit weniger ausgeprägten Seitenastvarizen stattfindet [7].

Was die AU betrifft, so ist sie in der Varizenchirurgie eigentlich kaum abhängig von der Grösse des Eingriffs, sondern vielmehr davon, ob der Patient einer selbständigen Tätigkeit nachgeht oder in einem angestellten Arbeitsverhältnis steht (der Selbständige hat in der Schweiz meistens erst ab dem 30. Krankheitstag ein Taggeld versichert). Diese Beobachtung findet ihre Bestätigung auch im Ausland: Selbständige Tätigkeit oder das Fehlen einer bezahlten AU verkürzt nach chirurgischen Eingriffen die Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz um die Hälfte [8]! Eine aus ärztlicher Sicht absolut mögliche Verkürzung der postoperativen AU, auch nach konventioneller Varizenchirurgie, scheitert in der Schweiz in vielen Fällen daran, dass sich der Patient ein historisch begründetes, angestammtes Recht auf AU herausnimmt und nicht davor zurückschreckt, dieses Recht beim Hausarzt einzufordern (der mit seiner Entscheidung darüber befinden muss, ob er bei Nichteinlenken auf den Patientenwunsch den Patienten selbst oder gar dessen ganze Familie als Kundschaft verlieren will).

Da die Eingriffe in Tumescenzanästhesie durchgeführt werden, entgeht dem Risikopatienten möglicherweise eine fachärztliche anästhesiologische Betreuung während der Intervention, und es ist zu befürchten, dass vermehrt nicht interventionell bedingten Komplikationen auftreten.

## Zusammenfassung

Die heute vorliegende Datenlage zur endoluminalen Varizenchirurgie ist wohl nicht unbeeinflusst von den Interessen der Gerätehersteller. Die proklamierten Vorteile gegenüber der konventionellen Varizenchirurgie, wie weniger Beschwerden und kürzere AU, sind bei einem wirklich objektiven Vergleich von nicht einseitig vorselektionierten Varizenkollektiven wohl kaum aufrechtzuhalten. Sollten die endoluminalen Techniken zukünftig durch die OKP finanziert werden, so stossen im zwischenzeitlich bestens vorbereiteten Terrain Schweiz Begehrlichkeit auf Bereitwilligkeit, was im Zwischenmenschlichen zwar Türen zum gemeinsamen Glück eröffnen mag, im Medizinischen aber v.a. als ungebremste Mengenausweitung zu Buche schlagen wird, welche, im Unterschied zum Zwischenmenschlichen, einem Dritten Geldsorgen bereiten wird. Da der TARMED nur zwingend vorschreibt, was dem Kostenträger verrechnet werden, nicht aber, was vom Arzt in der Praxis durchgeführt werden darf, genügt ein anerkannter Praxis-Operationsraum, und man ist im Geschäft!

### Korrespondenz:

Dr. med. Thomas Hofer  
Dermatologie FMH  
FA Phlebologie und SGUM periphere Venen  
Winkelriedstrasse 10  
CH-5430 Wettingen  
[thomas.hofer@hin.ch](mailto:thomas.hofer@hin.ch)

### Literatur

- 1 Tenbrook JA Jr, Iafrati MD, O'Donnell TF Jr, Wolf MP, Hoffmann SN, Pauker SG, et al. Systematic review of outcomes after surgical management of venous disease incorporating subfascial endoscopic perforator surgery. *J Vasc Surg.* 2004;39(3):583–9.
- 2 «Die Chirurgie – immer noch der Goldstandard der invasiven Varizentherapie?» Frühjahrskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Phlebologie. Bern 29.05.2009.
- 3 Wigger P, Binkert C, Jenelten R. Chirurgie: Radiofrequenz und Laser – Totengräber des Varizenstrippings? *Schweiz Med Forum.* 2008; 8(51–52):997–8.
- 4 «Keine Angst vor Krampfadern! (Grosse) Krampfadern durch NEUE LASERVERFAHREN OHNE OPERATION entfernen!» Sonntagsblick vom 13. Dezember 2009 und andere Ausgaben.
- 5 TARMED-Positionen 18.1590, 18.1550.
- 6 Hofer T. Komplikationen nach varizenchirurgischen Eingriffen. *Phlebologie.* 2001;30:26–30.
- 7 Rasmussen LH, Bjoern L, Lawaetz M, Blemings A, Lawaetz B, Eklof B, et al. Randomized trial comparing endovenous laser ablation of the great saphenous vein with high ligation and stripping in patients with varicose vein. *J Vasc Surg.* 2007;46(2):308–15.
- 8 Wright AP, Berridge DC, Scott DJ. Return to work following varicose vein surgery: influence of type of operation, employment and social status. *Eur J Vac Endovasc Surg.* 2006;31(5):553–7.